

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°

**THÈSE**

**96**

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Jane WALTHER**

née le 31 mars 1910, à Paris

Diplômée de l'Institut Supérieur d'Hygiène  
de la Faculté de Médecine de Paris

**La lymphangite du sein  
dans les suites de couches  
et ses conséquences  
pour le nouveau-né**

*Président: M. JEANNIN, Professeur.*

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas, 17

PARIS-V°

1941



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1941

N°

# THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jane WALTHER

née le 31 mars 1910, à Paris

Diplômée de l'Institut Supérieur d'Hygiène  
de la Faculté de Médecine de Paris

---

## La Lymphangite du Sein dans les suites de couches et ses conséquences pour le nouveau-né

---

*Président: M. JEANNIN, Professeur.*

---

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, rue Cujas, 17

PARIS-V<sup>e</sup>

1941

# LE DOYEN: BAUDOUIN.

## I. — Professeurs.

|                                                                     | MM.                     |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Anatomie .....                                                      | ROUVIÈRE.               |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.             |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.                 |
| Chimie médicale .....                                               | POLONOVSKI.             |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRÉ.           |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.                 |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BAUDOUIN.               |
| Pathologie médicale .....                                           | PASTEUR-<br>VALLERY-RAD |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | VALLERY-RAD             |
| Anatomie pathologique .....                                         | MONDOR.                 |
| Histologie .....                                                    | LEROUX.                 |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | CHAMPY.                 |
| Thérapeutique .....                                                 | LÉVY-FENEAEU.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | AUBERTIN.               |
| Médecine légale .....                                               | TANON.                  |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | BALTHAZARD.             |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | LÉVY-VALENSI.           |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | Henri BENARD.           |
| Clinique médicale .....                                             | CHIRAY.                 |
|                                                                     | ABRAMI.                 |
|                                                                     | FIESSINGER.             |
|                                                                     | LOEPER.                 |
|                                                                     | RATHERY.                |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOULLET.            |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBÉCOURT.              |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | LAIGNEL-LAVASTI.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.               |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.               |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE.               |
|                                                                     | CUNÉO.                  |
| Clinique chirurgicale .....                                         | GOSSET.                 |
|                                                                     | GRÉGOIRE.               |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | LENORMANT.              |
| Clinique urologique .....                                           | VELTER.                 |
|                                                                     | CHEVASSU.               |
| Clinique d'accouchements .....                                      | COUVELAIRE.             |
|                                                                     | JEANNIN.                |
| Clinique gynécologique .....                                        | LÉVY-SOLAL.             |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | MOCQUOT.                |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | OMBRÉDANNE.             |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | HARVIER.                |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | LEMAITRE.               |
| Clinique propédeutique .....                                        | Pierre DUVAL.           |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | M. VILLARET.            |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | TROISIER.               |
| Clinique de cardiologie .....                                       | MATHIEU.                |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   | LAUBRY.                 |
| Assistance Médico-sociale .....                                     | Clovis VINCENT.         |
|                                                                     | N...                    |
| Professeurs sans chaire .....                                       | HAZARD.                 |
|                                                                     | MULON.                  |
|                                                                     | OLIVIER.                |
|                                                                     | SANNIÉ.                 |
|                                                                     | VERNE.                  |



## II. — Agrégés en exercice.

### MM.

|                                             |                           |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| AMELINE . . .                               | .Pathologie chirurgicale. |
| BARIÉTY . . .                               | .Pathologie médicale.     |
| BERNARD Étienne.                            | .Pathologie médicale.     |
| BESANÇON Justin.                            | .Hydrologie.              |
| BONNET . . .                                | .Bactériologie.           |
| BOULANGER . . .                             | .Chimie.                  |
| BOULIN . . .                                | .Pathologie médicale.     |
| BROUET . . .                                | .Pathologie médicale.     |
| BULLIARD . . .                              | .Histologie.              |
| CACHERA . . .                               | .Pathologie médicale.     |
| CORDIER . . .                               | .Anatomie.                |
| COSTE . . .                                 | .Pathologie médicale.     |
| COUVELAIRE<br>(Roger) . . .                 | .Urologie.                |
| DELARUE . . .                               | .Anatomie pathologique.   |
| DELAY . . .                                 | .Pathologie médicale.     |
| DEGREZ (H.) . .                             | .Physique.                |
| DESOILLE . . .                              | .Médecine légale.         |
| DIGONNET . . .                              | .Obstétrique.             |
| DOGNON . . .                                | .Physique.                |
| FEVRE . . .                                 | .Pathologie chirurgicale. |
| FUNCK-<br>BRENTANO . . .                    | .Pathologie chirurgicale. |
| GALLIARD . . .                              | .Parasitologie.           |
| GARCIN . . .                                | .Pathologie médicale.     |
| M <sup>lle</sup> GAUTHIER-<br>VILLARS . . . | .Anatomie pathologique.   |

### MM.

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| DE GENNES. . .               | .Pathologie médicale.      |
| GIROUD. . .                  | .Histologie.               |
| HAGUENEAU . .                | .Pathologie médicale.      |
| HALPHEN . . .                | .Oto-rhino-laryngologie.   |
| IOANNON . . .                | .Hygiène.                  |
| LACOMME . . .                | .Obstétrique.              |
| LANTUÉJOL . .                | .Obstétrique.              |
| LAVIER . . .                 | .Parasitologie.            |
| LELONG . . .                 | .Pathologie médicale.      |
| LEMAIRE . . .                | .Pathologie expérimentale. |
| LENÈGRE . . .                | .Pathologie médicale.      |
| M <sup>lle</sup> J. LÉVY . . | .Pharmacologie.            |
| MARCHAL . . .                | .Pathologie médicale.      |
| MÉNÉGAUX . . .               | .Pathologie chirurgicale.  |
| MOLLARET. . .                | .Pathologie médicale.      |
| MOUQUIN . . .                | .Pathologie médicale.      |
| PATEL . . .                  | .Pathologie chirurgicale.  |
| PETIT-DUTAILLIS              | .Pathologie chirurgicale.  |
| RENARD. . .                  | .Ophtalmologie.            |
| RICHET . . .                 | .Physiologie.              |
| SÈNEQUE . . .                | .Pathologie chirurgicale.  |
| SICARD . . .                 | .Pathologie chirurgicale.  |
| SOULIE . . .                 | .Pathologie médicale.      |
| SUREAU. . .                  | .Obstétrique.              |
| TURPIN . . .                 | .Pathologie médicale.      |
| WILMOTH . . .                | .Pathologie chirurgicale.  |



## III. — Agrégés rappelés à l'exercice

pour le service des examens.

### MM.

|               |                           |
|---------------|---------------------------|
| ALGLAVE . . . | .Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET. . .  | .Pharmacologie.           |
| CHAILLEY-BERT | .Physiologie.             |
| GUÉNIOT. . .  | .Obstétrique.             |
| HEITZ-BOYER . | .Pathologie chirurgicale. |
| PIÉDELIEVRE . | .Médecin légiste.         |

### MM.

|               |                           |
|---------------|---------------------------|
| LARDENNOIS .  | .Pathologie chirurgicale. |
| LE LORIER . . | .Obstétrique.             |
| NEVEU-LEMAIRE | .Parasitologie.           |
| VAUDESCAL .   | .Obstétrique.             |
| HUGUENIN . .  | .Anatomie pathologique.   |

#### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent.

| MM.                    |                             | MM.                  |                                 |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------|
| ALAJOUANINE. . . . .   | } <i>Clinique médicale.</i> | BASSET . . . . .     | } <i>Clinique chirurgicale.</i> |
| BRULÉ . . . . .        |                             | BROCQ . . . . .      |                                 |
| CATHALA . . . . .      |                             | CADENAT . . . . .    |                                 |
| CHABROL . . . . .      |                             | GATELLIER. . . . .   |                                 |
| CHEVALLIER . . . . .   |                             | de GAUDART . . . . . |                                 |
| DONZELOT. . . . .      |                             | D'ALLAINES. . . . .  |                                 |
| DUVOIR. . . . .        |                             | LEVEUF. . . . .      |                                 |
| GASTINEL . . . . .     |                             | MOULONGUET. . . . .  |                                 |
| LAROCHE (G.) . . . . . |                             | MOURE . . . . .      |                                 |
| LIAN . . . . .         |                             | QUENU . . . . .      |                                 |
| MOREAU. . . . .        |                             | FEY . . . . .        |                                 |
| SÉZARY . . . . .       |                             |                      |                                 |

| MM.              |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| ECALLE . . . . . | } <i>Clinique obstétricale.</i> |
| METZGER. . . . . |                                 |
| PORTES. . . . .  |                                 |
| VIGNES . . . . . |                                 |

#### V. — Chargés de cours.

| MM.                  |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| CHAILLEY-BERT,       |                             |
| agré. . . . .        | <i>Education physique.</i>  |
| LEDOUX-LEBARD.       | <i>Radiologie clinique.</i> |
| RUPPE. . . . .       | <i>Stomatologie.</i>        |
| WEIL-HALLÉ . . . . . | <i>Puériculture.</i>        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans de dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## A MA TANTE

*qui m'a orientée vers les études médicales  
et m'a constamment donné l'exemple d'une  
haute intellectualité, en faible témoignage  
de reconnaissance pour tout ce qu'elle a  
fait pour moi.*

## A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Cyrille JEANNIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Accoucheur des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

*qui nous a fait le grand honneur de bien  
vouloir présider le jury de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur Pierre LANTUÉJOUL,  
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,  
Accoucheur des Hôpitaux,  
Chevalier de la Légion d'Honneur,  
Chef de service de la Maternité Temporaire  
de l'Hôpital Raymond-Poincaré à Garches  
(octobre 1939-juillet 1940)

*qui, pendant cette année de guerre, nous  
a accueillie avec la plus grande bienveil-  
lance dans son service, nous a dispensé son  
enseignement et ses conseils éclairés.*

*C'est sous sa direction que nous avons  
entrepris ce travail. Qu'il veuille bien trou-  
ver ici le témoignage de notre profonde et  
respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX  
DE PARIS :

- M. le Professeur SERGENT  
M. le Professeur OMBREDANNE  
M. le Professeur RATHERY  
M. le Professeur SCHWARTZ  
M. le Docteur Louis RAMON  
M. le Docteur HALLÉ  
M. le Professeur Jean-Louis FAURE  
M. le Professeur Léon BERNARD (*in memoriam*)  
M. le Professeur GUILLAIN  
M. le Professeur LEMIERRE  
M. le Professeur LEMAITRE  
M. le Docteur CHIRIÉ  
M. le Docteur Etienne BERNARD

A Monsieur le Professeur BEZANÇON,  
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Commandeur de la Légion d'Honneur,

*qui, pendant l'année que nous avons passée  
dans son service, nous a témoigné une constan-  
te bienveillance. C'est à son lumineux  
enseignement clinique que nous devons les  
notions de Phthisiologie que nous avons pu  
acquérir.*

A Monsieur le Professeur TANON,  
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Officier de la Légion d'Honneur,

*qui nous a initiée aux problèmes complexes  
du rôle de médecin hygiéniste.*

A MES MAITRES  
de l'Hôpital Départemental de la Seine (Nanterre)  
Internat suppl. 1934-1935

A Monsieur le Docteur Pierre BOURGEOIS  
Médecin des Hôpitaux,  
Médecin-Chef de l'Hôpital-Sanatorium de Brévannes  
Internat suppl. 1936-1937

A Monsieur le Docteur KOURILSKY,  
Médecin des Hôpitaux,  
Médecin de l'Hôpital Raymond-Poincaré à Garches,  
Internat suppl. 1937-1938

A Monsieur le Docteur LEVESQUE,  
Médecin des Hôpitaux,

A M. le Docteur CACHERA,  
Médecin des Hôpitaux,  
Médecins-Chefs  
de l'Hospice Chardon-Lagache-Sainte-Périne  
Internat suppl. 1938-1939

A Monsieur le Docteur WEISMANN-NETTER,  
Médecin des Hôpitaux,  
Médecin de l'Hôpital Raymond-Poincaré à Garches  
Internat suppl. 1939-1940

A Monsieur le Docteur BIGART,  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,  
Officier de la Légion d'Honneur,  
Médecin-Assistant de l'Hôpital Raym.-Poincaré à Garches

*qui, pendant l'année de guerre 1939-1940  
où nous eûmes l'honneur d'être son interne,  
ne cessa de nous témoigner la bienveillance  
la plus grande et la plus cordiale. Son  
précieux enseignement clinique a complété  
notre instruction médicale. Nous lui exprimons  
ici notre respectueuse et reconnaissante  
affection.*

A Monsieur le Docteur Paul BRAUN,  
Médecin-Assistant de l'Hôpital Laënnec

A Monsieur le Docteur André MEYER  
Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Docteur René WOLFIN

A Monsieur le Docteur Yves GUILMARD



## INTRODUCTION

---

Nous nous sommes proposé dans ce travail, dont l'idée nous a été inspirée par notre Maître le Professeur Lantuéjoul, d'étudier les conséquences que pouvait avoir chez le nouveau-né la lymphangite simple du sein de la nourrice.

Les auteurs classiques ont étudié les troubles digestifs souvent assez graves que pouvait présenter le nouveau-né lorsque sa mère était atteinte de crevasses importantes du mamelon, de galactophorite ou d'abcès du sein.

Ils ont attribué à ces troubles une cause univoque: le passage, dans le lait dégluti par l'enfant, de pus provenant de la glande mammaire.

Mais jusqu'à présent, on n'a pas étudié ces mêmes troubles digestifs du nouveau-né lorsque la mère est atteinte de lymphangite simple, ne s'étant jamais compliquée ultérieurement de galactophorite ou d'abcès du sein.

Nous avons eu l'occasion, dans le service de notre Maître, le Professeur Lantuéjoul, à l'Hôpital Raymond-Poincaré à Garches, d'examiner des accouchées atteintes de lymphangite du sein et d'étudier de nombreuses observations; il nous a paru que dans un grand nombre de cas, tout se passait comme si l'enfant était infecté ou intoxiqué par des éléments contenus dans le lait maternel. Nous avons volontairement exclu de nos observations les cas où

la lymphangite se compliquait de galactophorite ou d'abcès du sein. Aucune de nos malades ne présentait de pus dans le lait, ni cliniquement ni à l'examen bactériologique. Aucune d'entre elles ne présentait de crevasse infectée du mamelon.

Pourtant, un certain nombre d'enfants, nourris de ce lait apparemment sain, ont présenté des troubles digestifs de gravité variable, cédant parfois au changement de régime, mais entraînant souvent une chute de poids et une certaine altération de l'état général.

Nous remercions M. le Professeur Agrégé Lantuéjoul, qui a bien voulu mettre à notre disposition les documents de son service hospitalier, nous a permis de les publier ici, et qui n'a cessé de nous témoigner la plus grande bienveillance et de nous prodiguer ses précieux conseils.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### GÉNÉRALITÉS SUR LA LYMPHANGITE DU SEIN

---

La lymphangite du sein est une affection très fréquente chez la nourrice, en particulier au cours des deux premières semaines de l'allaitement.

Elle succède souvent à une crevasse du mamelon. Cette lésion peut être très minime, telle la crevasse en coup d'ongle qui siège à la base du mamelon, et qui passe facilement inaperçue; souvent des examens cliniques minutieux et répétés n'ont pu mettre en évidence aucune fissure.

D'ailleurs, les moindres érosions, même à peine visibles, étant le siège d'une douleur très vive au moment de la têtée, la nourrice attire d'elle-même l'attention sur leur existence.

La lymphangite va débiter vers le 4<sup>e</sup>, le 5<sup>e</sup> jour après l'accouchement, quelquefois un peu plus tard,

vers les 10<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> jour, rarement après cette date, tout au moins pour la première poussée.

En règle générale, cette affection débute brutalement, chez une accouchée paraissant en bonne santé: jusque là, tout semblait normal, pas de fièvre, pas de douleur au niveau du mamelon.

Brusquement, la température s'élève en clocher à 39°, 40°, quelquefois au delà, le pouls monte à 120 ou 130 et souvent il se produit un violent frisson au moment de l'élévation thermique; ce frisson est brusque, intense et prolongé.

Si l'on interroge la femme, elle se plaint de céphalée. Parfois elle éprouve une douleur au niveau d'un sein, et l'examen montre une rougeur près du mamelon, où siège une petite crevasse, qui apparaît soit en dépliant la peau, soit en attirant le mamelon en haut ou en bas. Parfois, la douleur ne correspond à aucun signe clinique net et ce n'est que le lendemain qu'on pourra mettre en évidence les signes de lymphangite.

Mais la douleur spontanée n'est pas la règle à l'extrême début; souvent, à ce moment, la femme n'accuse aucune mastodynïe. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'une affection d'une autre nature, dont les plus fréquentes à cette époque sont: l'infection puerpérale du post-partum, l'infection urinaire à colibacilles, enfin un peu plus tard la phlébite, si la poussée de lymphangite survient tardivement.

Mais rien n'attire l'attention vers l'utérus: l'accouchement a été normal, les lochies ne sont pas fétides, l'utérus est petit, dur et indolore, le col en train de se refermer; ni vers le système urinaire: il n'y a pas de cystalgie ni de douleur au contact lombaire. Enfin la phlébite au début peut s'accompagner de douleur au niveau du triangle de Scarpa en même temps que d'un peu d'œdème et de rougeur d'un membre inférieur.

On pourra également penser aux infections qui ne sont pas spéciales au post-partum. L'examen pulmonaire et pharyngé permet d'éliminer rapidement ces affections.

Des cas douteux peuvent se présenter où des signes pathologiques intéressant d'autres appareils coexistent. Dans ces cas, le diagnostic différentiel ne pourra être fait que le lendemain ou les jours suivants, lorsque les signes cliniques s'affirmeront.

Si on examine le sein, on peut au début ne constater aucun symptôme anormal, bien souvent il n'existe pas encore de rougeur ou, peu accentuée, elle est difficile à mettre en évidence. La palpation à ce moment pourra révéler une **sensibilité** vague de tout le sein, sans douleur provoquée bien nette.

En quelques heures, les signes se complètent et le plus souvent le lendemain le tableau clinique se précise:

Très rapidement, la rougeur apparaît, sous forme soit d'une traînée (lymphangite réticulaire), soit d'une plaque, en général triangulaire, la pointe au

mamelon, la base à la périphérie de la glande (lymphangite tronculaire).

Au niveau de cette plaque rouge, il existe un maximum de douleur, spontanée et réveillée par la palpation. Cette région rouge et douloureuse est également chaude. La palpation du sein pourra mettre en évidence un empâtement plus ou moins localisé. Une adénopathie axillaire douloureuse peut compléter le tableau clinique.

Dans les cas de lymphangite simple, l'évolution est très rapide; au bout de 24, 36 ou 48 heures, la température retombe brusquement à la normale, le pouls bat à son rythme habituel, la rougeur s'efface, la douleur s'atténue et disparaît, on ne perçoit plus les ganglions.

La petite crevasse persiste et devra être traitée si l'on veut éviter les récidives. En effet, cette affection procède souvent par poussées successives.

Dans d'autres cas, les signes généraux persistent malgré la thérapeutique; la douleur s'accroît, la rougeur s'étend, l'empâtement devient profond et l'on peut déjà percevoir une induration localisée à un lobe. D'autres groupes de ganglions axillaires peuvent être atteints.

Cette évolution, plus fréquente dans les lymphangites à poussées successives, aboutit à un abcès de la glande mammaire.

Tel est le tableau classique bien connu des poussées lymphangitiques du sein.

Le traitement consiste essentiellement en mise

au repos de la glande par la suppression immédiate de l'allaitement, tout au moins du côté malade.

Beaucoup d'auteurs permettent à la mère de continuer à nourrir du côté sain.

D'autres préfèrent supprimer l'allaitement d'une façon complète, parce qu'au moment du fonctionnement de la glande saine, la glande malade secrète et, par conséquent, n'est pas au repos d'une façon absolue. Cette méthode a l'inconvénient dans certains cas de tarir la sécrétion lactée.

Le traitement local consistera en application d'une vessie de glace ou de compresses chaudes sur la glande. Il ne faudra pas négliger la désinfection soigneuse du mamelon. Il n'existe parfois qu'une petite fissure recouverte d'une croûte jaunâtre au sommet du mamelon, parfois une crevasse profonde, lente à se cicatriser. Ces lésions sont toujours infectées par la bouche de l'enfant et devront être cautérisées, par exemple à l'iode.

Lorsque la crevasse est accentuée, il faudra utiliser le bout de sein lors de la reprise de l'allaitement, et même dans certains cas attendre la guérison complète avant de permettre de nourrir.

Le meilleur procédé pour éviter l'apparition de la lymphangite consistera à surveiller l'allaitement de très près. Les mamelons seront touchés au mélange glycérine-alcool après chaque tétée. A la moindre douleur, il conviendra de suspendre l'allaitement et de traiter la crevasse.

La majorité des auteurs permettent la reprise

de l'allaitement quand le pouls et la température sont revenus à la normale depuis deux ou trois jours.

Au début, la sécrétion lactée est peu abondante, elle se rétablit très rapidement dans un grand nombre de cas.

Cette reprise de l'allaitement doit être étroitement surveillée chez la mère, car de nouvelles poussées de lymphangite peuvent se produire.

Quand l'allaitement a été supprimé des deux côtés, il peut être prudent de commencer la reprise par le côté sain. L'allaitement ne sera repris du côté malade que si l'allaitement du côté sain ne donne lieu à aucun symptôme. Dans le cas où la remise de l'enfant au sein amènerait à nouveau l'apparition de signes pathologiques, soit généraux, soit locaux, il semble préférable d'abandonner complètement l'allaitement maternel.

---

## CHAPITRE II

---

### LES CONSÉQUENCES DE LA LYMPHANGITE DU SEIN MATERNEL ET LES DIFFÉRENTS MODES DE RÉACTION DU NOUVEAU-NÉ.

---

Que se passe-t-il chez le nouveau-né lorsque la mère fait ainsi une lymphangite du sein?

Nous avons vu que l'allaitement, tout au moins du côté malade, était immédiatement suspendu dès l'apparition des premiers symptômes. Le nouveau-né doit donc être mis brusquement, soit à l'allaitement mixte, soit à l'allaitement artificiel, et l'on comprend que, de ce fait, la courbe de poids puisse présenter quelques modifications; mais le changement d'alimentation ne suffit pas à expliquer les perturbations de l'état général que le nouveau-né pourra présenter dans certains cas.

Il est possible de décrire trois formes cliniques suivant la réaction de l'enfant.

Le plus souvent, l'état général reste excellent et la courbe de poids continue à monter progressivement d'une façon tout à fait normale.

Dans d'autres cas, l'enfant réagit au changement de régime et l'on observe un arrêt ou une chute de la courbe pondérale.

Enfin, dans une troisième forme clinique, qui retiendra plus longuement notre attention et sera étudiée en détails, le nouveau-né va présenter des troubles plus ou moins graves, témoignant d'une infection ou d'une intoxication.

La concordance des signes cliniques que présente l'enfant avec la lymphangite de la mère est mise en évidence par la comparaison de la courbe de poids du nourrisson et de la courbe de température de la mère.

### **Première forme clinique.**

En règle générale, les modifications de la courbe de poids sont peu importantes. La durée de la lymphangite étant très brève, l'enfant pourra être remis au sein 24 ou 48 heures après le retour de la température à la normale. Dans un très grand nombre de cas, la sécrétion lactée, peu abondante au moment de la reprise de l'allaitement, se rétablira très rapidement et deviendra suffisante. Dans l'ensemble, l'enfant souffrira peu de cet incident, plus dramatique en apparence qu'en réalité.

Les observations 1 et 2 sont des exemples, choisis parmi de très nombreux cas analogues, de modifications sans importance ni durée d'une courbe de poids d'enfant dont la mère a fait une poussée de lymphangite.

**Observation 1. — Ma...**

Accouchement naturel à terme. Fille pesant 2.820 grammes.

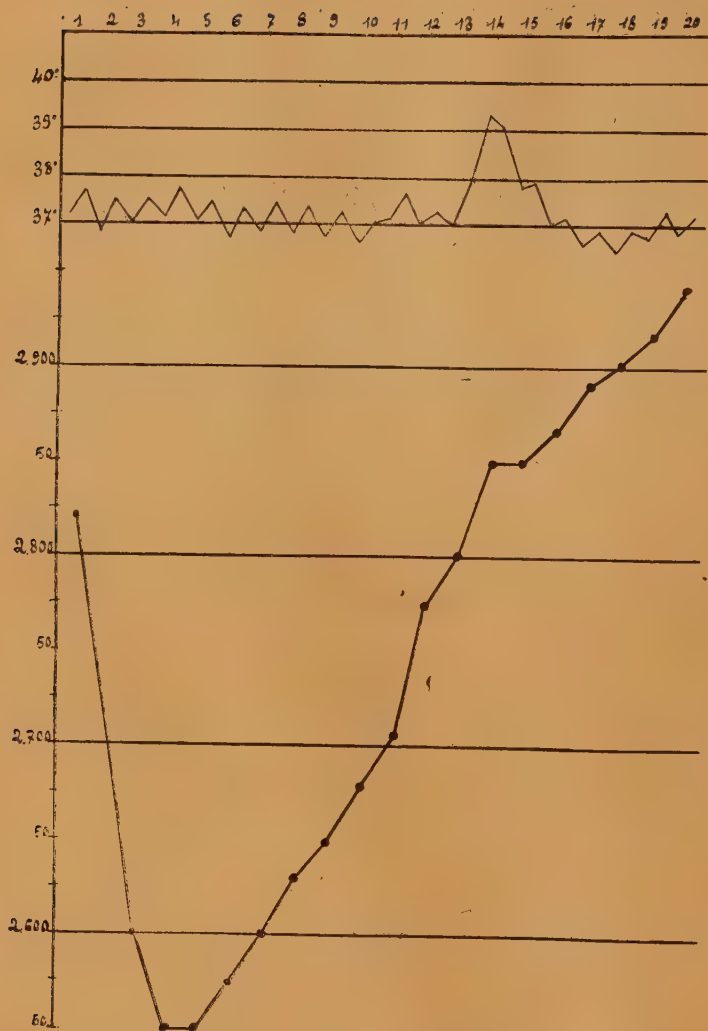
L'enfant est nourrie au sein. Son poids augmente régulièrement à partir du 5<sup>e</sup> jour, après une chute de 270 gr.

Le 13<sup>e</sup> jour, la mère, jusque là en bonne santé, fait un frisson et présente le soir une élévation de température à 38°; en même temps, elle accuse une douleur au sein droit. On suspend l'allaitement de ce côté et l'on complète le régime au lait sec demi-écrémé.

Le lendemain matin, la température de la mère est montée à 39°3, et l'examen montre une lymphangite réticulaire du sein droit. La température, encore à 39° l'après-midi, descend le lendemain à 37°8 pour revenir ensuite à la normale.

L'enfant ne présente aucun trouble digestif; son poids reste stationnaire du 14<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour, puis reprend une ascension normale les jours suivants.

La lymphangite ayant guéri très rapidement, on a pu dès le 20<sup>e</sup> jour reprendre l'allaitement maternel total.



## Observation 2. — Po...

Accouchement naturel à terme. Garçon pesant 3.500 grammes.

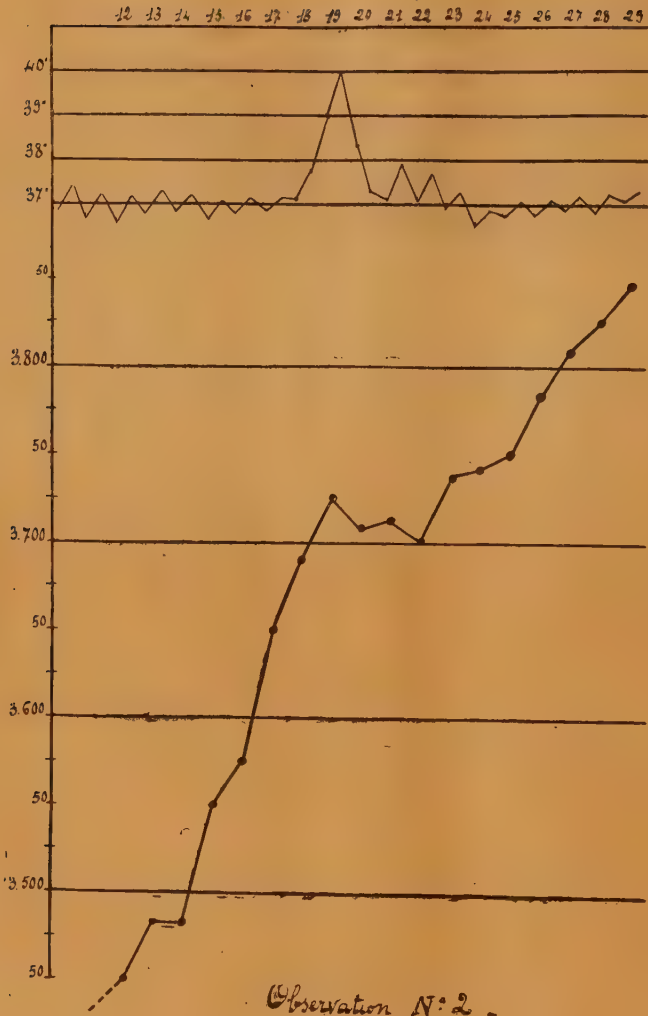
Après une chute de poids de 250 gr., cet enfant nourri au sein se développe régulièrement à partir du 5<sup>e</sup> jour. Nous étudierons sa courbe pondérale à partir du 12<sup>e</sup> jour, où il pèse 3.450 gr. Jusqu'au 18<sup>e</sup> jour, l'enfant a pris 240 gr.

A cette date, la mère fait un frisson et sa température s'élève à 37°8. Elle se plaint du sein gauche. On arrête l'allaitement du côté malade en complétant la ration par du lait sec demi-écrémé.

Le lendemain, la fièvre monte à 39° le matin et 40° le soir, en même temps que les signes de lymphangite apparaissent. Le traitement habituel est appliqué. La température redescend progressivement en quatre jours.

L'enfant n'a présenté aucun trouble digestif. Sa courbe de poids accuse une chute légère pendant deux jours, puis remonte rapidement.

L'allaitement maternel est repris le 26<sup>e</sup> jour sans incident.



### Deuxième forme clinique.

L'enfant ne réagit pas spécifiquement à la poussée de lymphangite maternelle, mais il s'adapte mal à l'allaitement artificiel. Quand on le remet au sein, la sécrétion lactée ne se rétablit pas ou se rétablit d'une façon insuffisante, et le nouveau-né souffre d'un sevrage trop rapide. L'alimentation doit souvent être faite avec des laits modifiés: babeurre, laits secs, laits condensés, acidifiés, etc...

Les troubles présentés par le nourrisson peuvent être légers, comme dans l'observation 3, où il ne s'agit que d'une chute de poids minime et de courte durée.

L'observation 4 est un exemple de troubles plus graves, chute de poids plus importante et accompagnée de diarrhée, n'ayant pas persisté au delà de trois à quatre jours.

### Observation 3. — Du...

Acouchement naturel à terme le 10/5/40. Fille pesant 2.530 grammes.

La courbe de poids est normale pendant les deux premières semaines.

Le 14<sup>e</sup> jour, la mère éprouve un frisson violent et sa température s'élève à 38°8 le matin et 39°3 le soir.

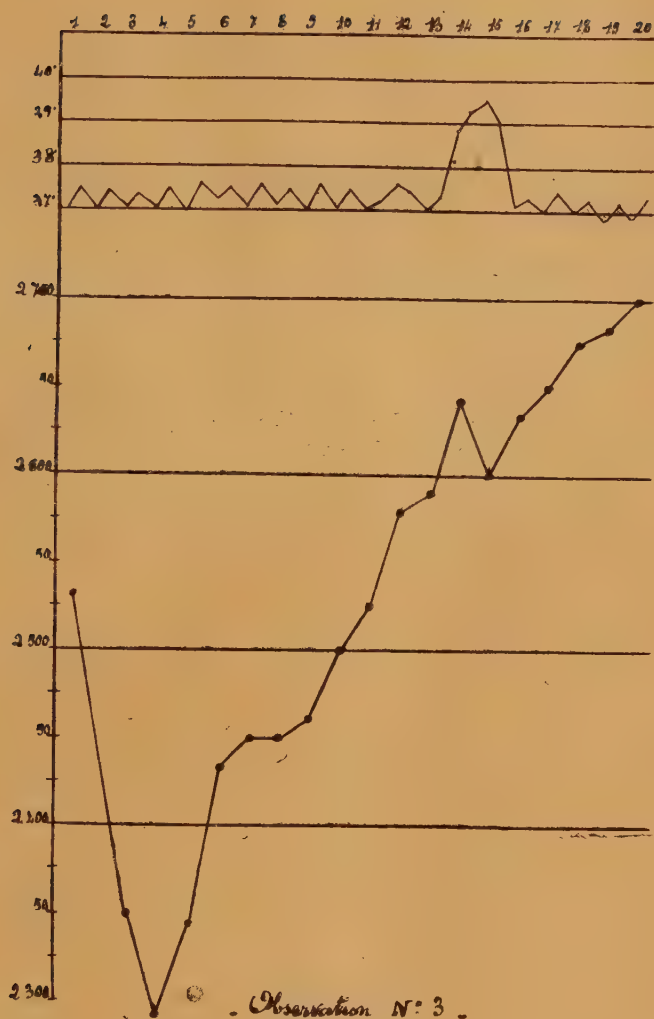
Le lendemain, la température est encore à 39°4; la femme accuse une vive douleur au niveau du sein droit, qui est le siège d'une lymphangite. Le traitement habituel est appliqué et dès le lendemain la température retombe à 37°. On pratique un prélèvement aseptique de lait maternel du côté malade. L'examen au microscope révèle: à l'état frais l'absence de globules de pus, à l'état sec après coloration absence d'éléments figurés.

Dès la première manifestation fébrile, l'allaitement a été arrêté du côté droit qui paraissait suspect. La ration est complétée par du lait sec demi-écrémé.

L'enfant présente le 14<sup>e</sup> jour cinq ou six selles liquides, mais de couleur normale. Son poids baisse du 14<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour de 40 gr.

Dès le 16<sup>e</sup> jour, on observe un arrêt de la diarrhée et une reprise de poids, qui se poursuit régulière et progressive.

L'allaitement maternel total est possible sans incident dès le 19<sup>e</sup> jour.



**Observation 4. — Fe...**

Accouchement naturel à terme. Garçon pesant 4.250 grammes.

La mère, dont les suites de couches étaient jusque là normales, fait une lymphangite le 8<sup>e</sup> jour; la température atteint 39°, s'accompagnant d'un frisson, et dès le lendemain tout est rentré dans l'ordre.

Le poids de l'enfant, après avoir augmenté régulièrement, reste stationnaire du 6<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> jour, donc avant l'apparition des signes cliniques de lymphangite chez la mère.

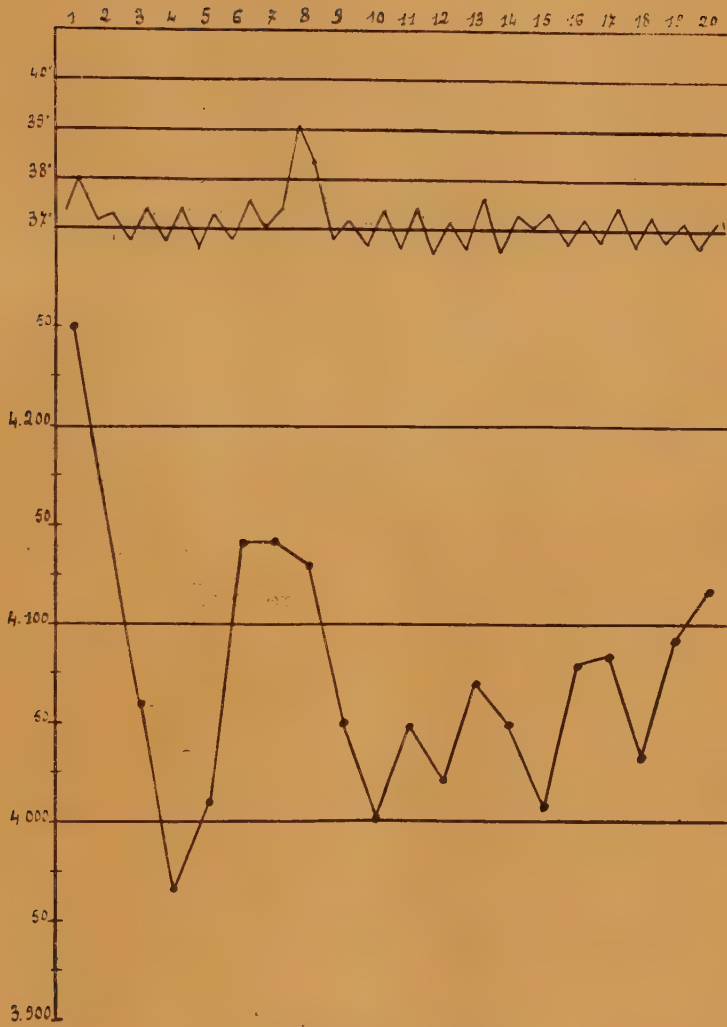
On supprime l'allaitement du côté malade dès le 8<sup>e</sup> jour, et on pratique l'allaitement mixte avec du lait sec demi-écrémé.

Le poids de l'enfant baisse de 80 gr. le 9<sup>e</sup> jour et le lendemain il perd encore 50 gr.

Le 12<sup>e</sup> jour: suppression complète de l'allaitement maternel, on donne uniquement du lait sec.

L'enfant présente une diarrhée, cinq à six selles par jour, liquides et verdâtres; pas de vomissements. La température est normale.

Les troubles digestifs régressent en deux jours, mais l'enfant s'adapte mal au nouveau mode d'alimentation; son poids reste stationnaire avec quelques oscillations.



- Observation N° 4 -

### Troisième forme clinique

Nous étudierons plus longuement cette troisième forme clinique, de beaucoup la plus intéressante, bien qu'heureusement assez rare.

L'enfant ne souffre pas seulement du fait du sevrage, il présente des troubles infectieux ou toxiques dus à l'ingestion du lait de la nourrice malade.

Nous assistons à un tableau qui varie depuis les troubles digestifs passagers jusqu'à des symptômes graves qui peuvent même causer la mort de l'enfant.

Il faut bien remarquer que, dans quelques-unes de ces observations, la chute de poids a précédé de quelques heures l'apparition des premiers symptômes de lymphangite chez la mère.

Le nouveau-né, jusque là bien portant, ayant une croissance normale et une courbe de poids régulière, va présenter une série de signes pathologiques: en premier lieu des troubles digestifs, diarrhée et vomissements, puis une chute de poids, parfois une élévation thermique, s'accompagnant de modifications de l'état général et de l'aspect extérieur de l'enfant.

Chacun de ces symptômes fera l'objet d'une étude particulière.

#### Diarrhée.

La diarrhée constitue le symptôme capital.

La mère, jusque là apparemment bien portante, fait un soir un frisson avec hyperthermie et début de lymphangite au niveau d'un ou des deux seins.

On examine minutieusement le nouveau-né. Jusque là entièrement nourri au sein, il présentait des selles bien liées, jaune d'or, relativement peu nombreuses: quatre à six par jour; ou bien, déjà mis à l'allaitement mixte, les selles étaient plus pâles et plus consistantes (lait sec) ou jaunes brunâtres (babeurre).

Maintenant elles sont moins bien digérées ou au contraire apparemment normales, non modifiées dans leur consistance ni dans leur couleur.

Dans d'autres cas, alors qu'aucun signe de lymphangite n'a encore été constaté, l'enfant présente déjà des selles anormales, grumeleuses, jaunes verdâtres, parfois mêlées d'une importante quantité de mucus.

Dès que la lymphangite est soupçonnée, l'allaitement maternel est interrompu du côté malade.

L'enfant est mis à l'allaitement mixte: lait maternel et lait sec ou babeurre, suivant son âge et son poids, ou d'emblée à l'allaitement artificiel lorsque l'enfant a été infecté, ou bien lorsqu'on désire supprimer l'allaitement des deux côtés pour mettre tout à fait au repos la glande malade.

Malgré cela, les modifications des selles apparaissent quelques heures plus tard. Les fécès deviennent franchement liquides, sont émises en jet, très abondantes, jaunes ou jaunes verdâtres, quelquefois

franchement vertes. Leur odeur n'a aucun caractère particulier. A chaque change, l'enfant est abondamment souillé, le siège est rouge, érodé; on compte 8, 10 selles ou davantage par 24 heures.

Sous l'influence d'un régime approprié: diète hydrique, eau de riz hypersucriée, la diarrhée habituellement régresse en deux ou trois jours. Le nombre des selles diminue en même temps que leur consistance croît. Ce ne sont plus les selles entièrement liquides si caractéristiques, mais quelques matières pâteuses mêlées à un liquide muqueux, d'odeur fade.

Quand l'évolution est favorable, ce qui est la règle générale, grâce à une reprise très progressive de l'alimentation, on voit réapparaître l'aspect normal des selles vers le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour. Encore s'agit-il de selles d'enfant étant soit au régime mixte, soit à l'allaitement artificiel; elles deviennent mieux liées, moins jaunes, et surtout reprennent leur fréquence normale habituelle.

L'enfant reste à l'allaitement artificiel ou mixte pendant un certain temps, par conséquent les selles conservent l'aspect particulier à ces régimes.

Il est bien rare que l'allaitement maternel bilatéral soit repris avant le 8<sup>e</sup> jour, et c'est alors seulement que les selles redeviendront tout à fait normales, en quelques jours.

Même dans les cas favorables, l'allaitement repris, l'érythème fessier persiste pendant un certain temps.

Parfois on voit de nouveau survenir au moment

de la reprise de l'allaitement maternel des signes d'intolérance, en particulier une tendance diarrhéique imposant la cessation définitive de l'allaitement au sein.

Exceptionnellement, la persistance des troubles, l'importance de la diarrhée et de la déshydratation entraînent la mort.

### **Vomissements.**

Les vomissements surviennent chez un nouveau-né jusque là bien portant, présentant de simples régurgitations de lait après la tétée, régurgitations banales chez un enfant normal.

Le plus souvent, dans les heures précédentes, la mère a fait une poussée de fièvre accompagnée d'un frisson.

Les vomissements sont parfois le premier signal de l'intoxication, mais le plus souvent ils sont secondaires à l'apparition de la diarrhée, la suivant de quelques heures, ou même quelques jours. Il s'agit de vomissements en jet, très abondants, contenant du mucus et des glaires mélangés au lait, de teinte le plus souvent jaune verdâtre. Leur aspect est banal, leur odeur n'a rien de caractéristique; et si l'enfant était plus âgé, leur aspect clinique pourrait faire penser à une sténose du pylore.

L'horaire des vomissements est variable; en général, ils surviennent immédiatement après la tétée, parfois même l'interrompant. Mais il n'est pas rare

d'avoir des vomissements tardifs, une heure après la tétée, ou même précédant la tétée suivante.

Malgré la thérapeutique, les vomissements persistent et même s'aggravent jusqu'au 2<sup>e</sup> jour, puis, dans les cas favorables, heureusement les plus nombreux, les vomissements diminuent de fréquence et permettent même la reprise progressive de l'alimentation.

Dans d'autres cas moins favorables, la reprise de l'alimentation provoque une recrudescence des vomissements, l'enfant ne s'adaptant pas à l'allaitement artificiel, mais souvent un changement de lait permet la guérison de ces troubles.

Cependant, dans des cas beaucoup plus graves, malgré la diététique, les vomissements persistent et l'état de l'enfant s'aggrave.

### **Chute de poids.**

L'enfant, jusque là bien portant, présentait une courbe pondérale régulièrement ascendante: accroissement de 20, 25 ou 30 grammes par jour.

Le lendemain de l'apparition de la lymphangite, alors même que l'allaitement maternel du côté malade a été interrompu dès la survenue du frisson, on constate une chute plus ou moins importante du poids, 30 à 50 grammes le plus souvent, et pourtant il est fréquent qu'aucun trouble digestif ne soit encore apparu.

Il est des cas où d'emblée on assiste à une im-

portante chute de poids de 150 grammes, voire de 200 grammes. Dans 2 observations, la perte de poids a précédé l'apparition du frisson chez la mère.

Le jour suivant, le poids tombe encore souvent de façon plus considérable. L'importance de cette chute pondérale semble liée essentiellement à l'intolérance alimentaire, à l'abondance des vomissements et de la diarrhée.

Un régime restreint ayant été institué à cette époque en raison de la diarrhée souvent abondante, on voit la chute de poids persister pendant trois ou quatre jours, mais progressivement moins importante.

Parfois même, on voit l'enfant reprendre du poids avant même que la diète hydrique ne soit interrompue.

Plus fréquemment, la courbe de poids ne redevient ascendante que vers le 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour, alors que les troubles digestifs ont notablement diminué et que la reprise très progressive de l'alimentation est devenue possible.

Ce sont là les cas favorables, les plus fréquents. La réascension franche du poids est, dans d'autres cas, précédée ou interrompue par un palier de 36 à 48 heures, rarement plus prolongé, répondant, semble-t-il, à l'adaptation progressive à un nouveau mode d'alimentation.

Parfois au contraire, lors de la reprise de l'allaitement maternel, la lymphangite du sein étant cliniquement terminée depuis deux ou trois jours, on voit

survenir, parallèlement à de nouveaux troubles digestifs, une chute de poids atteignant parfois plus de 100 grammes et imposant la cessation définitive de l'allaitement maternel.

Exceptionnellement, une ébauche de reprise de poids pendant 24 ou 48 heures est suivie d'une nouvelle chute énorme, progressive et aboutissant à la mort.

### Température.

En règle générale, les troubles digestifs ne s'accompagnent pas de fièvre. Parfois, cependant, l'enfant peut présenter une légère élévation thermique: 38°, 38°5, ne persistant pas plus de deux à trois jours.

### Etat général.

Durant les premières heures qui suivent le début de la lymphangite, l'enfant conserve son aspect habituel, son teint est normal, sa fontanelle n'est pas déprimée, à moins que des troubles digestifs très précoces n'entraînent déjà un certain degré de déshydratation.

Ce n'est guère que 24 heures plus tard, après l'apparition de la diarrhée et des vomissements, que l'on assiste à une altération importante de l'état général.

Le faciès est maintenant légèrement pâle, la

peau se frippe, le pli cutané persiste. Il est rare de noter à cette époque une modification thermique.

L'abondance des selles et des vomissements entraîne une déshydratation rapidement progressive. Elle se traduit par la perte de poids, la sécheresse de la peau, l'amaigrissement important; l'enfant gémit constamment. La pâleur grisâtre du faciès émacié, la fontanelle très déprimée, les yeux cernés, donnent à l'enfant un aspect vieillot pré-agonique impressionnant. Tout témoigne d'une intoxication très grave. Dans certains cas, on observe parallèlement une hyperthermie discrète, à 38°, 38°5, vers le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour.

Le plus souvent, l'évolution se fait vers la guérison, et l'amélioration des symptômes est alors rapide. Tandis que les troubles digestifs régressent et que la reprise de l'alimentation devient possible, aux environs du cinquième ou sixième jour, l'aspect extérieur de l'enfant se transforme. La peau reprend plus de tonicité, la fontanelle devient plus plane. Le faciès perd progressivement cette teinte grisâtre bien particulière, la rehydratation s'extériorise peu à peu. Tout rentre dans l'ordre et la courbe de poids présente une rapide ascension.

Dans les cas exceptionnellement graves, on assiste, après une phase d'hyperthermie à 38°5, 39° durant deux ou trois jours, à une hypothermie progressive aboutissant à la mort.

**Observation 5. — Be...**

Accouchement naturel à terme le 5/6/40. Garçon pesant 2.660 gr.

L'enfant est nourri au sein; il n'a pas de troubles digestifs, sa croissance est normale.

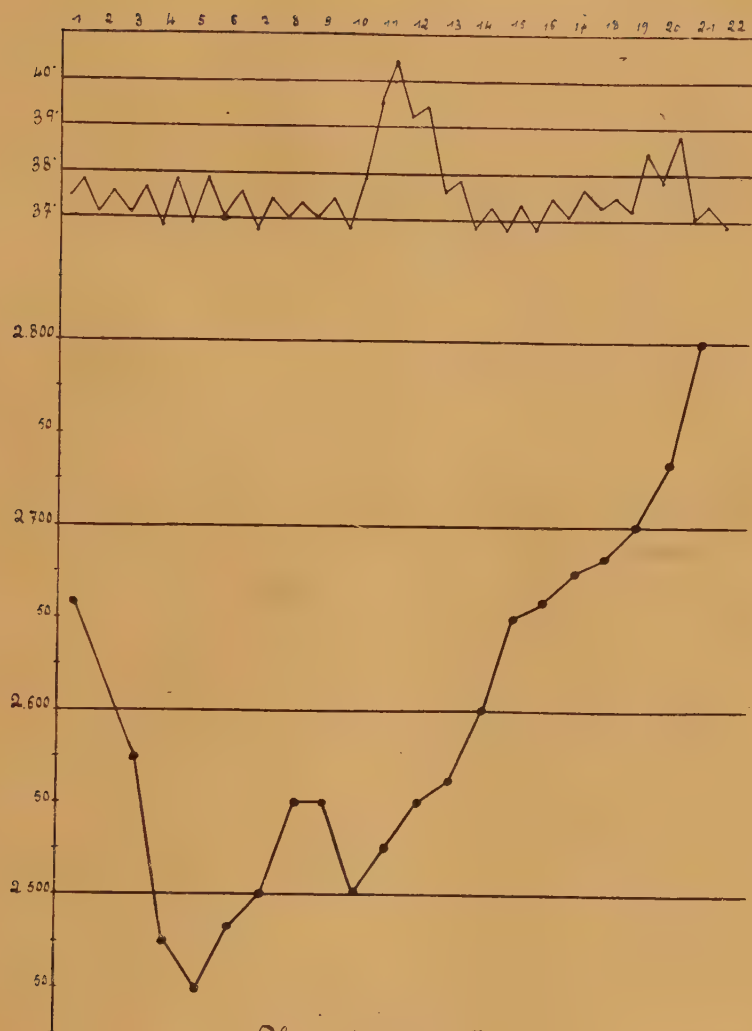
Le 9<sup>e</sup> jour, alors que la mère est parfaitement bien portante et n'accuse aucune douleur au niveau des seins, le poids de l'enfant reste stationnaire.

Le lendemain (10<sup>e</sup> jour), l'enfant a perdu 50 grammes et il présente quelques vomissements.

Le soir, la mère se plaint d'une légère douleur au niveau du sein droit. Sa température est à 37°9. Malgré la discrétion des signes, on interrompt l'allaitement de ce côté, la ration est complétée par du lait sec demi-écrémé.

Le lendemain, 11<sup>e</sup> jour, la mère fait un frisson intense, avec température à 39°5 le matin et 40°4 le soir. La lymphangite apparaît nettement au niveau du sein droit. Un examen microscopique du lait ne révèle ni leucocytes ni germes pathogènes.

L'arrêt de l'allaitement maternel ayant été suffisamment précoce, les troubles digestifs régressent rapidement et la courbe de poids reprend une ascension normale.



Observation N° 5 -

**Observation 6. — Br...**

Accouchement naturel à terme le 28/10/40.  
Garçon pesant 3.070 gr.

L'enfant est nourri au sein, les tétées étant complétées par du lait condensé dilué; il se porte bien jusqu'au 6<sup>e</sup> jour, les selles sont jaunes.

Le 7<sup>e</sup> jour, le poids reste stationnaire.

Le 8<sup>e</sup> jour, alors que la mère est toujours en bon état, apyrétique, les seins normaux, l'enfant a perdu 20 grammes.

Le soir même, la mère commence à accuser une légère douleur du sein droit. On supprime immédiatement l'allaitement de ce côté. Malgré cela, des troubles digestifs importants apparaissent: grands vomissements. Les selles sont un peu plus fréquentes, mais non liquides. L'aspect de l'enfant s'est modifié: plus pâle, légèrement déshydraté, il ne tolère plus le lait. La température est à 38°5. Le poids est tombé de 150 gr. le 9<sup>e</sup> jour.

Chez la mère, la lymphangite des seins est maintenant évidente, énorme à droite, plus discrète à gauche, avec hyperthermie à 39°5.

L'enfant est mis au Dagéan (0 gr. 50 en 4 fois) pendant 2 jours. L'allaitement maternel, complètement supprimé, est remplacé par du lait de nourrice coupé de 10 gr. d'eau de Vichy pour un biberon de 50 gr. (7 biberons par jour).

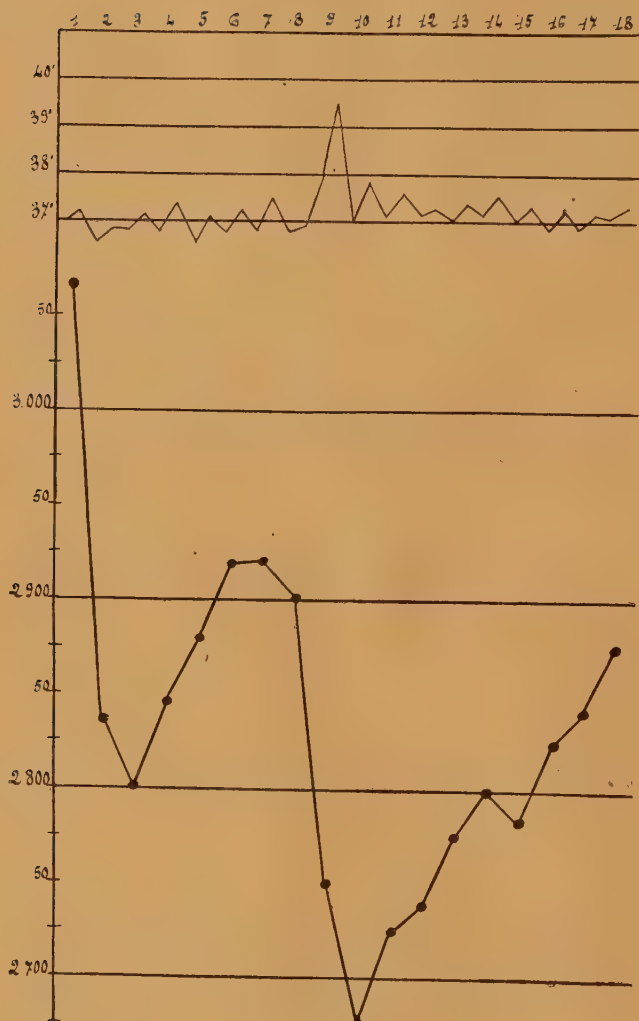
Le lendemain 10<sup>e</sup> jour, malgré une chute de poids de 75 gr. et une température à 37°5, l'enfant

a meilleur aspect, les vomissements sont encore fréquents, mais beaucoup moins abondants. On continue le même régime, en remplaçant l'eau de Vichy par de l'eau de chaux.

Le 11<sup>e</sup> jour, l'enfant va bien, il a repris 50 gr., ne vomit plus; les selles ont un aspect normal.

On continue à donner 7 biberons de 60 gr. de lait et 10 gr. d'eau de chaux.

La courbe de poids est ascendante jusqu'au 14<sup>e</sup> jour.



Observation N° 6.

**Observation 7. — Ha...**

Accouchement naturel à terme le 8/6/40. Fille pesant 3.870 gr.

La courbe de poids du nourrisson est sensiblement normale jusqu'au 11<sup>e</sup> jour.

Le 12<sup>e</sup> jour au soir, la mère présente une lymphangite importante du sein gauche, accompagnée d'un frisson intense; la température s'élève à 39°8. Le lait prélevé aseptiquement est examiné au microscope. A l'état frais, on ne trouve que les globules de graisse, sans leucocytes. L'examen après coloration ne met en évidence aucun microbe.

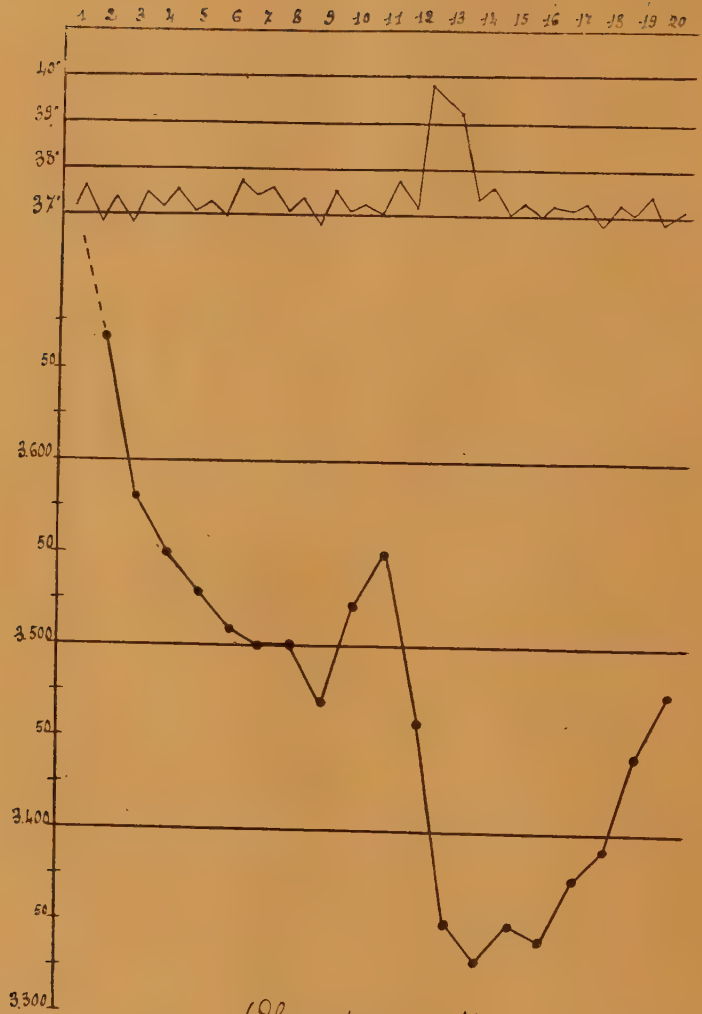
Du 11<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> jour, l'enfant a perdu 90 gr. Il a des vomissements abondants, des selles fréquentes, liquides et jaunes. La température reste normale, mais on note la pâleur et la sécheresse des téguments qui révèle un certain degré de déshydratation.

On supprime l'allaitement du côté malade, en complétant la ration par du lait sec demi-écrémé.

Les troubles digestifs persistent jusqu'au 14<sup>e</sup> jour, accompagnés d'une chute de poids: 220 gr. en trois jours.

Le 15<sup>e</sup> jour, les vomissements cessent, les selles sont moins liquides et leur fréquence diminue. L'enfant a repris 20 gr.

Dans les jours suivants, les troubles digestifs disparaissent complètement, l'enfant présente un bon état général et la courbe pondérale s'élève normalement.



- Observation N° 7 -

**Observation 8. — Sa...**

Accouchement naturel à terme. Garçon pesant 3.240 grammes.

La croissance de l'enfant est normale jusqu'au 10<sup>e</sup> jour. A cette date, la mère fait un frisson; la température s'élève brusquement à 40°8. On examine les seins qui, depuis quelques jours, étaient douloureux au moment de la tétée. On constate à droite une rougeur diffuse autour de l'aréole et une douleur à la palpation. A gauche, les signes n'apparaissent que le lendemain, car il s'agit d'une lymphangite bilatérale. Le lait est examiné: le signe de Budin est négatif; au microscope, après coloration, on ne trouve pas de leucocytes ni de germes.

Dès le 10<sup>e</sup> jour, l'enfant commence à vomir après chaque tétée. Il n'a pas de diarrhée. L'allaitement est complètement interrompu et remplacé par du lait sec demi-écrémé.

Le lendemain, le poids a baissé de 60 grammes. Les jours suivants, l'enfant continue à perdre du poids. Les vomissements sont moins abondants.

Le 13<sup>e</sup> jour, l'enfant est mis au bibeuse. On lui donne un demi-centigramme de gardénal matin et soir. Sous l'influence de ce régime, les vomissements se calment, et le 14<sup>e</sup> jour l'enfant a repris 100 grammes.

Le 15<sup>e</sup> jour, l'enfant recommence à vomir de façon abondante. Les selles sont fréquentes, liquides et jaunes, et on constate une grosse chute de poids

de 170 grammes. On supprime l'alimentation, l'enfant est mis à la diète hydrique pendant 24 heures.

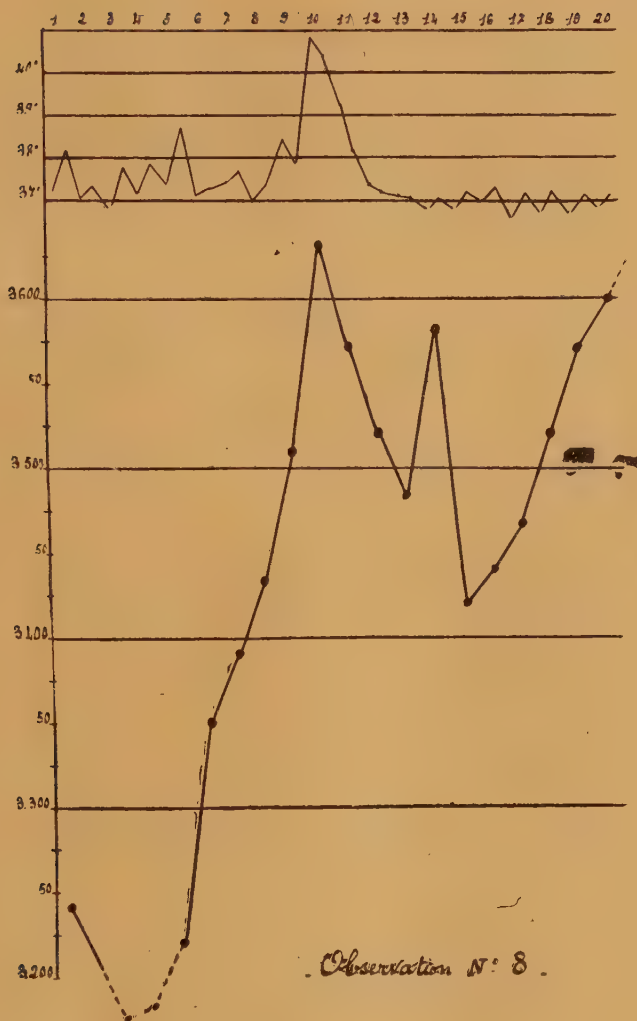
Le 17<sup>e</sup> jour, on observe une amélioration de l'état général, une reprise du poids malgré la diète hydrique. Les selles sont beaucoup moins liquides. Les vomissements ont presque disparu. L'enfant est mis au régime suivant: 3 biberons d'eau de riz et 3 biberons de babeurre.

Jusqu'au 21<sup>e</sup> jour, l'amélioration se maintient. Les troubles digestifs ont complètement disparu. On tente alors une reprise de l'allaitement maternel: après avoir tiré et jeté le premier lait, on remet l'enfant aux deux seins, en complétant la ration avec du babeurre.

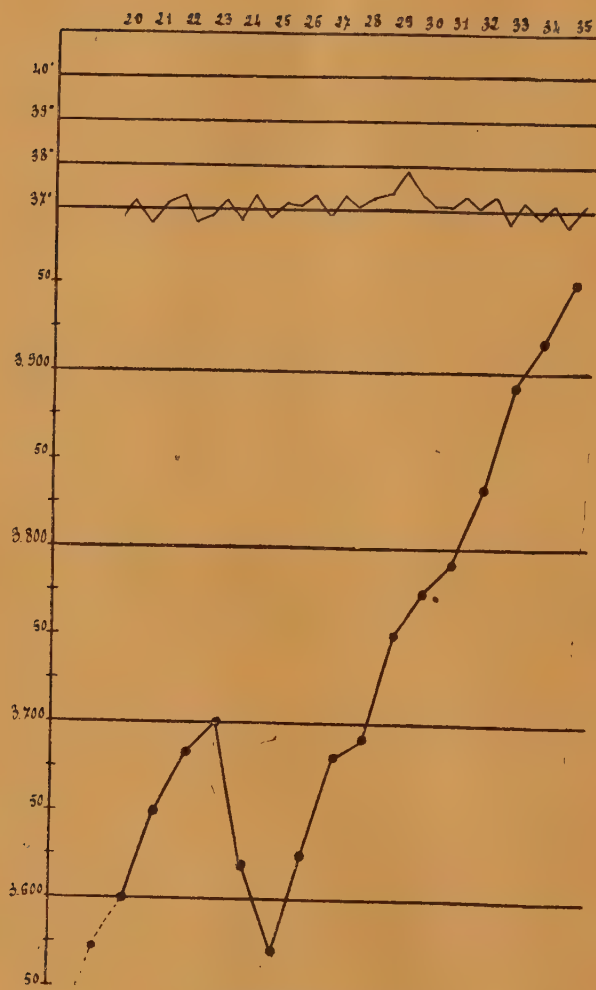
Ce régime est parfaitement toléré pendant trois jours, mais le 24<sup>e</sup> jour les vomissements reprennent, les selles sont verdâtres mais non liquides, et le poids tombe à nouveau de 80 grammes, puis de 50 grammes le lendemain.

On décide alors de supprimer définitivement le lait maternel. On met l'enfant à l'eau de riz et au babeurre pendant quatre jours. Le 29<sup>e</sup> jour, le régime du babeurre seul est adopté, avant de reprendre progressivement l'allaitement artificiel qui sera commencé au 33<sup>e</sup> jour, par du babeurre et du lait sec demi-écrémé donnés par moitié pendant quelques jours, puis du lait sec seulement.

L'enfant paraît bien supporter ce régime, la courbe de poids remonte rapidement.



Observation N° 8 .



Observation N° 8 - (Fin)

## CHAPITRE III

---

### PATHOGÉNIE DES TROUBLES OBSERVÉS CLINIQUEMENT

---

Comment expliquer qu'une simple poussée de lymphangite puisse amener des troubles digestifs aussi graves chez le nouveau-né?

Que disent les traités classiques?

Ils étudient surtout les gastro-entérites consécutives à l'ingestion de lait infecté, quand la nourrice est atteinte de galactophorite ou d'abcès du sein et que l'enfant absorbe du pus.

Citons M. le Professeur Jeannin dans "La Pratique de l'Art des Accouchements":

« Le pronostic de la galactophorite est bénin pour la mère, il n'en est pas de même pour le nourrisson: s'il a été du pus, il peut présenter des infections diverses, bien étudiées par Budin, Legry, Damourette, etc... consistant en abcès de la bouche,

entérite, abcès multiples. Brindeau en a compté 45 chez un même enfant. On peut même observer une septicémie généralisée. »

Demelin et Devraigne écrivent dans le "Manuel du Puériculteur":

« Dès que le bout de sein est plus ou moins fissuré, plus ou moins crevassé (il n'est pas besoin de grosses crevasses, quelquefois des fissures imperceptibles, que la maman sent bien, et que le médecin ne voit pas toujours, provoquent des douleurs terribles), l'allaitement devient très pénible: ces crevasses sont un gros danger, parce qu'elles constituent une porte ouverte à l'infection.

« Si elles ne s'infectent pas, elles vont être douloureuses par elles-mêmes; si elles s'infectent, elles vont devenir franchement douloureuses, et elles vont amener quelquefois des phénomènes impressionnants de lymphangite...

« ...mais on peut avoir une autre complication plus grave. Si les canaux galactophores sont infectés, il y a galactophorite: le nourrisson va téter du lait avec du pus; un degré de plus et l'infection est partout dans la glande mammaire, le sein devient une vaste éponge de pus, parfois même malgré un traitement rationnel. »

De même, Rhenter distingue « les gastro-entérites précoces, conséquences de l'infection amniotique, des infections tardives d'origine alimentaire qui confondent leur histoire avec celle des gastro-entérites classiques des nourrissons. Elles relèvent d'une

alimentation défectueuse et parfois de l'infection du lait de la mère ou de la nourrice atteinte de galactophorite. »

Il rappelle que « la sensibilité et la fragilité des parois digestives chez le nouveau-né le rendront particulièrement vulnérable aux microbes pathogènes. Ceux-ci sont extrêmement variés, qu'il s'agisse, comme l'admet Escherich, d'infection endogène ou d'infection exogène, car les fautes d'alimentation peuvent à la fois exalter la virulence des microbes intestinaux, du colibacille en particulier, ou véhiculer des germes du dehors, streptocoque, staphylocoque, pyocyanique ».

Dans nos observations, il est évident qu'on peut penser à la possibilité soit de galactophorite, soit de crevasses infectées, coïncidant avec la lymphangite.

On peut donc objecter que l'infection de l'enfant n'est pas venue d'une simple lymphangite, mais d'une lymphangite accompagnée de galactophorite.

Or, dans les observations que nous avons étudiées, il n'y avait en aucun cas présence de crevasse infectée.

Par ailleurs, il n'y avait aucun écoulement de pus constatable au niveau du mamelon, même après expression. Suivant la méthode de Budin, nous avons recherché systématiquement la galactophorite en exprimant le bout de sein sur un coton, le lait est absorbé, le pus reste sur le coton.

Pour éliminer la possibilité de galactophorite microscopique, nous avons pratiqué de nombreux

examens de laboratoire. Le lait, recueilli de façon stérile au moyen de la pompe électrique, a été centrifugé, et l'examen après coloration a pu parfois mettre en évidence quelques polynucléaires, mais jamais aucun microbe dans ces cas de lymphangite.

D'ailleurs, nous avons systématiquement écarté tous les cas douteux pour ne rapporter que des exemples choisis parmi ceux où il n'y avait ni crevasse du sein, ni galactophorite.

Il ne s'agit donc pas, dans nos observations, de ces cas où il est classique que l'enfant ayant absorbé un lait infecté, présente des troubles digestifs graves et même une septicémie.

Ce qui est intéressant dans nos observations, ce sur quoi nous ne saurions trop insister, c'est sur la possibilité d'accidents, et même d'accidents très graves, chez des enfants qui n'ont plus pris le sein dès l'apparition des premiers signes cliniques, même légers; ou bien, qui ont été remis au sein alors que la femme paraissait complètement guérie, et toujours en l'absence, vérifiée cliniquement et bactériologiquement, de tout écoulement de pus du mamelon.

En présence des premiers signes cliniques de lymphangite du sein, au moment du frisson qui précède le clocher thermique, on peut considérer que ce frisson correspond au passage de toxines ou de microbes dans le sang, comme le font observer certains auteurs:

« On trouvera aussi dans le lait des toxines fabriquées dans l'organisme de la nourrice... si les

toxines passent, il n'y a aucune raison pour que les microbes ne passent pas dans le lait. Si dans l'allaitement au sein, où le lait est, pourrait-on dire, consommé directement sur place, sans intermédiaire, les dangers de contamination du lait sont réduits au minimum, il est cependant des cas, qu'il faut connaître, où cette contamination peut exister. Dans certaines maladies infectieuses de la nourrice, au moment des poussées thermiques, des frissons par exemple, le sang peut charrier des microbes qui iront vers la mamelle et se retrouveront dans le lait; c'est possible, mais c'est heureusement rare. Plus fréquentes sont les chances de contamination du lait de la femme par l'infection exogène; c'est là le gros danger du manque d'asepsie des bouts de sein, des tétées trop longues qui engendrent des crevasses, causes de lymphangite, galactophorite et abcès du sein. » (Demelin et Devraigne, in "Manuel du Puériculteur", pages 38-39.)

On pourrait également croire qu'il s'agit d'enfants dont l'allaitement a été interrompu trop tard, que les enfants ont été laissés au sein alors qu'une femme avait des symptômes de lymphangite.

Or, l'allaitement a été interrompu dès les premiers symptômes, dès l'apparition du frisson, et, tout au moins dans certaines observations, tout s'est passé comme si le lait était toxique ou infecté avant même que la mère présentât aucun symptôme anormal.

Il semble donc bien que, dans un certain nombre de cas, l'enfant ait été infecté alors qu'il n'y

avait chez la mère aucune autre maladie de diagnostic clinique possible que la lymphangite, et ces lymphangites ont évolué comme des lymphangites banales, non compliquées secondairement d'abcès du sein.

La lymphangite « clinique » seule par conséquent semble bien pouvoir infecter l'enfant.

Dans l'observation 8, particulièrement intéressante, l'enfant a présenté des symptômes extrêmement graves (troubles digestifs), tandis que la mère faisait une lymphangite du sein classique. La mère paraissant guérie depuis quelques jours, l'enfant allant bien, une remise au sein a été essayée. Sans que la mère présentât à nouveau aucun symptôme anormal, l'enfant a, de nouveau, présenté des signes digestifs graves. L'allaitement maternel ayant été supprimé, l'enfant a guéri.

Voici donc les faits sur lesquels nous attirons l'attention :

1. L'enfant peut présenter des troubles graves alors même qu'il n'y a, tout au moins cliniquement, qu'une lymphangite classique du sein, sans galactophorite apparente, sans crevasse infectée, sans abcès du sein ultérieur ;

2. L'infection ou l'intoxication de l'enfant semble pouvoir se produire alors même que la femme n'a pas encore de signes cliniques. Cette infection, cette intoxication peut même se reproduire si la femme est cliniquement guérie depuis plusieurs jours d'une lymphangite banale.

## CHAPITRE IV

---

### CONDUITE A TENIR

---

Elle est essentiellement variable suivant les cas envisagés.

« La suppression précoce et complète de l'allaitement par le sein malade a une importance capitale sur laquelle nous ne saurions trop insister. Si vous ne procédez ainsi, le nouveau-né est susceptible d'absorber un lait infecté, et de présenter par la suite des accidents septicémiques fort graves, souvent mortels. » (Metzger et Héraux: "Les premiers jours du nouveau-né".)

Dans les lymphangites bénignes, ne s'accompagnant pas de signes d'intoxication chez l'enfant, il faut suspendre l'allaitement du côté atteint, mais il est possible de le continuer de l'autre côté; l'enfant est alors au régime mixte, qui est le plus souvent admirablement supporté, d'autant plus qu'il est transitoire, la reprise de l'allaitement maternel pouvant se faire au bout de cinq à six jours.

Mais il est des cas un peu plus sévères sans être graves, où la lymphangite, bien que n'atteignant qu'un sein, est tellement intense et douloureuse, qu'elle doit faire arrêter entièrement l'allaitement maternel, pour obtenir un repos complet de la glande malade, qui continuerait à sécréter pendant les périodes d'activité de la glande saine.

L'enfant qui ne présente aucun signe d'intoxication est mis à ce moment, suivant son état général, son poids, soit au lait naturel, au lait sec, au lait condensé. Peut-être y aurait-il avantage pour les tout-petits à donner une alimentation moins riche, telle que le babeurre.

Le plus souvent, ce changement de régime, malgré sa brusquerie, se fait sans aucun incident chez un enfant bien portant, surtout si on pratique l'allaitement mixte; parfois, on assiste à une chute de poids dans les premiers jours, puis l'enfant s'adapte et la croissance redevient normale.

Lorsque la mère n'a plus de fièvre depuis trois ou quatre jours, que les seins ne sont plus douloureux, que la glande est redevenue normale, il est possible de donner le sein de nouveau à l'enfant, en surveillant de très près une rechute possible de la lymphangite. On a intérêt à commencer cette reprise de l'allaitement du côté sain et en utilisant la pompe électrique, qui, en plus de l'asepsie, aurait l'avantage de faire monter le lait. En cas d'allaitement mixte, on peut à cette époque remettre l'en-

fant très prudemment au sein du côté qui a présenté une lymphangite.

Il est enfin des cas, beaucoup plus graves, où la lymphangite maternelle s'accompagne de signes d'infection et d'intoxication chez l'enfant, ce que traduisent la diarrhée, les vomissements, la fièvre et l'atteinte de l'état général.

En présence de ces troubles, l'allaitement maternel est bien entendu immédiatement supprimé, s'il ne l'était déjà. L'enfant sera soumis pendant 24 à 36 heures à un régime très pauvre, constitué par de l'eau de riz assez sucrée (150 gr. de sucre pour un litre d'eau et 3 cuillers à soupe de riz), que l'intolérance gastrique oblige à donner par petites quantités et très fréquemment: une cuiller à café par exemple tous les quarts d'heure, ou même dans des cas encore plus graves, au compte-gouttes.

Pour lutter contre la déshydratation et soutenir l'état général, il est bon de pratiquer des injections de sang maternel. En général, on ne procèdera pas à la transfusion. Cette technique délicate exige, en effet, un examen du sang maternel qui peut n'être pas du même groupe que celui de l'enfant. D'autre part, les veines du pli du coude chez le nouveau-né étant très fines, ne peuvent être utilisées qu'après dénudation. Enfin, l'injection de sang dans le sinus latéral est assez difficile et ne se pratique pas de façon courante.

Le sang, recueilli par ponction veineuse chez la mère, est injecté directement sans être réchauffé ni

additionné de citrate de soude. On pratiquera l'injection sous-cutanée profonde, dans la région sus-épineuse, que l'on préfère à la région fessière exposée aux souillures. Une asepsie minutieuse de la peau, à l'alcool iodé ou à l'alcool à 90°, est indispensable avant l'injection; celle-ci sera poussée très lentement. Si le sang injecté se résorbe mal, appliquer des compresses de sérum physiologique chaud sur la région. Il faut alterner les injections de chaque côté. En général, la dose de sang employé est de 15 à 20 cc. par jour. A défaut du sang maternel, on peut utiliser le sang paternel.

On pratiquera également des injections sous-cutanées profondes de sérum salé en quantités importantes (80 à 100 cc. par jour). Ces injections seront fractionnées.

Pour certains auteurs, il est bon d'instituer un goutte-à-goutte rectal de sérum glucosé ou de sérum physiologique de 300 cc. par jour.

Souvent un élément spasmodique se surajoute et il y a intérêt à donner à l'enfant pour lutter contre le spasme: de la belladone (III à IV gouttes de teinture), du gardénal (0,01 en deux fois).

Au bout de 48 heures, l'amélioration des signes cliniques permet la reprise progressive de l'alimentation, en donnant un régime peu riche en graisses, facilement digestible, les babeurres en particulier donnant de très bons résultats. On commencera le plus souvent par le babeurre maigre, mais cet aliment, de qualité nutritive insuffisante, sera remplacé

rapidement par la soupe de babeurre ou babeurre farineux. L'enfant est laissé pendant deux jours à : un biberon de babeurre intercalé avec un biberon d'eau sucrée, puis entièrement au babeurre, tout le temps nécessaire à la disparition complète des troubles digestifs et des signes d'intoxication. A ce moment, et toujours de la même façon, on lui donne une alimentation plus substantielle, en augmentant par un choix approprié la richesse du lait. Mais malheureusement, il ne sera plus question ici de reprendre l'allaitement maternel.

---

## CONCLUSIONS

---

Quand la mère fait une poussée de lymphangite du sein, le nouveau-né souffre en général peu de cette lymphangite et les quelques troubles qu'il peut présenter semblent bien provenir uniquement du changement brutal de son alimentation.

Dans un très grand nombre de cas, l'allaitement peut être repris, même du côté malade, alors que la température est revenue à la normale depuis trois ou quatre jours.

Dans certains cas cependant, en l'absence de toute galactophorite appréciable, l'enfant peut présenter des troubles digestifs très graves, alors même que l'allaitement a été supprimé dès l'apparition de premiers signes cliniques.

Ces troubles digestifs peuvent même réapparaître quand on essaie de reprendre l'allaitement maternel, la femme paraissant guérie cliniquement depuis plusieurs jours.

La simple diététique semble suffire à guérir ces

troubles digestifs dans la très grande majorité des cas, mais on ne saurait trop surveiller la reprise de l'allaitement.

Vu: Le Doyen: BAUDOUIN.

Vu: Le Président: JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer:  
Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure,  
chargé des fonctions de Recteur  
de l'Académie de Paris:

CARCOPINO.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Auvard.** — Le nouveau-né. Physiologie. Hygiène. Allaitement.
- Brindeau.** — La pratique de l'art des accouchements.
- Budin.** — Manuel pratique de l'allaitement. Hygiène du nourrisson.
- Demelin et Devraigne.** — Manuel du puériculteur, pp. 38-39, 61-62.
- Duchazeaubeneix.** — Des infections des seins pendant l'allaitement. Thèse Paris, 1907.
- Jeannin et Dubrisay.** — Précis d'accouchement.
- Marfan.** — Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge. 1930.
- Mertzger et Héraux.** — Les premiers jours du nouveau-né. 1931, p. 76.
- Metzger.** — L'accoucheur moderne, p. 164.
- Paisseau.** — Hygiène et alimentation du nourrisson. 1934.
- Raimondi.** — L'allaitement au sein et l'allaitement mixte. 1914.
- Rhenter.** — Le nouveau-né normal et pathologique. 1928.
- Variot.** — La croissance chez le nourrisson. 1925.



